

УДК 616.89

doi: <https://doi.org/10.33270/03223102.25>

Лашин О. І. – кандидат медичних наук, заступник начальника Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7883-584X>;

Галич Я. В. – лікар-психіатр, психотерапевт, начальник відділення межових станів клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», м. Київ
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5122-546X>

Токсикоманія як вид девіантної поведінки

Метою статті є вивчення передумов формування та перебігу токсикоманії як виду девіантної поведінки. Методологія. Методологічне підґрунтя статті становлять наукові концепції вивчення девіантної та адиктивної поведінки, а саме – хімічних залежностей. Методологічний інструментарій обрано відповідно до окресленої мети, специфіки об'єкта й предмета дослідження. Розглянуто класифікацію токсикоманій, спричинених зловживанням опіоїдів, транквілізаторів, снодійних препаратів, психостимуляторів, галюциногенів, визначено їхній вплив на фізичний і психічний стан особистості. Схарактеризовано динаміку формування залежності відповідно до частоти вживання хімічної речовини та наслідки з боку психофізіологічного стану. Окреслено значення спадкових механізмів формування хвороб патологічної залежності та соціальних передумов формування залежності від наркотичних речовин. Визначено основні детермінанти формування психічної залежності серед яких домінуючою є неусвідомлюване прагнення та потреба в уникненні реальності. Розглянуто й описано наслідки зловживання хімічними речовинами та їхнього впливу на когнітивну сферу особистості, схарактеризовано соматичні вияви. Проаналізовано різні моделі етіології адикцій. Окреслено основні постінтоксикаційні та поведінкові й психоемоційні вияви в осіб із залежністю від хімічних речовин. Обґрунтовано прогнози щодо подальшого загострення стану. Розкрито значення біологічного радикала схильності у формуванні хвороб патологічної залежності. **Наукова новизна статті** полягає в узагальненні та систематизації результатів досліджень щодо особливостей розвитку токсикоманії як форми девіантної поведінки через зловживання хімічними речовинами. **Висновки.** Визначено детермінанти розвитку токсикоманії, значення індивідуальних спадково-генетичних особливостей біохімічних процесів організму людини, що можуть зумовлювати схильність до виникнення залежності й девіантної поведінки.

Ключові слова: девіантна поведінка; адиктивна поведінка; токсикоманія; зловживання; психологічна залежність; наркоманія.

Вступ

Однією з ключових проблем сучасного суспільства слід вважати адиктивну поведінку, викликану залежністю особистості від хімічних речовин. Актуальним є питання формування психологічної та фізичної залежності шляхом зловживання психоактивними речовинами, які не належать до списку наркотичних. Однією із форм девіантної поведінки є токсикоманія, для якої характерним є зловживання такими хімічними речовинами, як опіоїди, галюциногени, снодійні, транквілізатори та психостимулятори. Серед молоді й дорослого населення наявна тенденція до зростання кількості осіб, які перебувають на шляху до формування стійкої залежності з відповідними психоемоційними та поведінковими виявами. Тому актуальним є питання визначення детермінант формування стійкої залежності через зловживання хімічними речовинами, зокрема токсикоманії як виду девіантної поведінки.

Виокремлення недосліджених аспектів загальної проблеми. Потреба у визначенні наукових засад щодо виокремлення токсикоманії як виду девіантної поведінки та ролі біологічного й соціального факторів як передумов для формування стійкої залежності.

Мета і завдання дослідження

Метою статті є наукове вивчення особливостей передумов формування адиктивної поведінки в осіб, які зловживають хімічними речовинами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Феномен залежності та зловживання хімічними речовинами досліджують у таких науках, як медицина, психологія, соціологія, педагогіка тощо. Адиктологія – наука про хімічні та нехімічні залежності, яка вивчає механізми їх формування, розвитку, діагностики, профілактики, лікування та реабілітації. Це розділ сучасної психіатрії та клінічної психології, який створено наприкінці XIX століття. В Україні адиктологія як наука виникла наприкінці 1990-х років. Психологію залежності досліджували такі науковці, як: А. Єгоров, В. Каменська, Ц. Короленко, О. Лічко, Б. Мандель, В. Менделевич, Н. Мехтіханова, Є. Ніколаєва, І. П'ятницька, О. Худяков. Огляд основних психологічних особливостей формування хімічної залежності зазначає першопричину її становлення, а саме – систематичне вживання хімічної речовини.

Виклад основного матеріалу

Вживання деяких хімічних речовин викликає змінений стан свідомості, тому деякі особистості під впливом різних зовнішніх і внутрішніх факторів починають навмисно зловживати ними. Визначено, що будь-яке споживання заборонених хімічних речовин, а також прийом зовеликої кількості дозволених речовин є формами відхилення. Навіть алкоголь викликає стан, що змінює свідомість, і, хоча це й законно, сп'яніння, особливо постійне, у ситуаціях, які потребують гостроти розуму та фізичної координації, є порушенням соціальних норм. Люди неврологічно запрограмовані отримувати задоволення від слабого чи помірного впливу більшості речовин, що змінюють свідомість, тому їх використання є одночасно давнім і майже універсальним. Зловживання речовинами, що змінюють свідомість, спричиняє важкі, а іноді й трагічні наслідки: дискоординацію, сплутаність свідомості, ризиковану поведінку і, зрештою, психічні та фізичні захворювання.

Вживання наркотиків має як об'єктивну (позитивістську), так і суб'єктивну (конструктивістську) сторони. З одного боку, це форма поведінки, що ідентифікується, вона має певні конкретні, вимірні наслідки, що є продуктом факторів, які можна виявити з наукового погляду. З іншого боку, вживання наркотиків також певним чином класифікується широким загалом, законом і засобами масової інформації. Цілком імовірно, що передбачуваний ризик вживання наркотиків досить надійно залежить від ступеня вживання, тобто, чим більша потенційна шкода від вживання наркотику, тим більше ризикованим громадськість сприймає його вживання, і тим нижчою є ймовірність його використання в загальній популяції. Іншими словами, вживання наркотиків, як і всі значущі явища, конструюється соціально та культурно.

На думку М. С. Іванова, мотивація в тому, як її розуміють більшість дослідників, перестає бути першорядним чинником формування залежності.

Автор вважає, що механізм формування психічної залежності заснований на частково неусвідомлюваному прагненні та потребі уникнення реальності. Цей механізм, за твердженням М. С. Іванова, працює незалежно від свідомості людини та характеру її мотивації під час взаємодії з адиктивним агентом, включаючись одразу після знайомства та початку більш-менш регулярних контактів з ним. Таким чином, незалежно від того, чим керується людина, коли вона вперше починає вдаватися до контактів з потенційним агентом адикції, включається механізм формування залежності.

Підґрунтям механізму уникнення реальності є потреба людини у «відстороненні» від повсякденних клопотів і проблем, своєрідна трансформація потреби в збереженні енергії.

Біохімічні аспекти механізму засновані на природному прагненні людини позбутися всіляких проблем і неприємностей, пов'язаних із повсякденним життям. Адиктивна реалізація – це простий спосіб пожити в іншому житті, де відсутні проблеми, робота, на яку потрібно ходити щодня, немає клопоту із заробляння грошей на життя тощо.

На перший погляд, може здатися, що різні види адиктивної реалізації є засобом зняття стресів, зниження рівня депресії. Насправді ж люди зазвичай зловживають подібними способами уникнення реальності: людина на певний час виходить зі світу адиктивної реалізації в реальний світ, щоб не забути, яким він є, задовольнити свої фізіологічні потреби. Решта піраміди потреб зміщена до контактів з адиктивним агентом і задовольняється там. Постійний відхід від реальності спричиняє посилення цього прагнення та появу стійкої потреби втечі від неї.

Ще один із психологічних механізмів формування залежності М. С. Іванов пов'язує з підвищеним рівнем тривожності в людини. Насправді до проблеми високої тривожності в адиктивів існує два основних підходи: висока тривожність як причина залежності та висока тривожність як наслідок цієї залежності. Найімовірніше, як одна з причин залежності, висока тривожність посилюється під впливом тривалості та регулярності адиктивної реалізації.

Дослідники вивчають різні етіологічні моделі адикції, одні з яких ґрунтуються на поведінкових і соціальних теоріях, інші – на біологічних теоріях і концепціях.

Окреслюючи біологічні механізми алкогольної та наркотичної залежності, Н. А. Сирота та В. М. Ялтонський, посилаючись на І. П. Анохіна, стверджують, що нейрофізіологічні механізми розвитку залежності від алкоголю та наркотиків зосереджені в стовбурових і лімбічних структурах мозку. Це так звана «система підкріплення», що бере участь у забезпеченні регуляції емоційних станів, настроїв, мотиваційної сфери, психофізичного тону, поведінки людини загалом, її адаптації до навколишнього середовища. З одного боку, психоактивні речовини (далі – ПАР) здатні спричинити розвиток залежності, з іншого – впливають хімічним шляхом на систему підкріплення, активізуючи її та впливаючи на метаболізм нейромедіаторів [1–2].

Результати численних досліджень свідчать, що саме вплив ПАР і нейрохімічні процеси, що відбуваються в мозку, є підґрунтям розвитку синдрому залежності. Кожна з ПАР має свій фармакологічний спектр дії. Однак у всіх речовин, здатних викликати синдром залежності, є загальна ланка фармакологічної дії – це характерний вплив на катехоламінову нейромедіацію в лімбічних структурах мозку, зокрема в системі підкріплення [3].

Вплив ПАР спричиняє інтенсивний викид з клітинних депо у цих відділах мозку нейромедіаторів із групи катехоламінів (насамперед дофаміну), а, отже, до сильнішого порушення системи підкріплення, яке супроводжується позитивно забарвленими емоційними переживаннями. Вільні катехоламіни піддаються дії ферментів метаболізму та швидко руйнуються. Частина вільного медіатора завдяки механізму зворотного захоплення повертається до депо.

Повторні прийоми ПАР спричиняють виснаження запасів нейромедіаторів, що проявляється в недостатньо вираженому збудженні системи підкріплення на час вступу «нормального» імпульсу. Це виявляється в падінні настрою, відчутті млявості, слабкості, переживанні нудьги, емоційного дискомфорту, депресивних симптомах. Прийом ПАР на цьому тлі знову викликає додаткове вивільнення нейромедіаторів із депо, що тимчасово компенсує їх дефіцит і нормалізує діяльність лімбічних структур мозку. Цей процес супроводжується суб'єктивним відчуттям поліпшення стану, емоційним і психічним збудженням. Однак вільні катехоламіни знову швидко руйнуються, що спричиняє подальше падіння рівня їхнього змісту і, як наслідок, – погіршення психоемоційного стану; відповідно, виникає прагнення знову використати ПАР. Це порочне коло є підґрунтям формування психічної залежності від алкоголю та наркотичних речовин. Описані механізми є провідними, проте вони супроводжуються й багатьма іншими порушеннями нейрохімічних процесів, функцій мозку та поведінки загалом [4].

У разі подальшого вживання ПАР розвивається дефіцит медіаторів. У цьому випадку як компенсаторний механізм виступає посилений синтез катехоламінів і придушення активності ферментів, необхідних для їх метаболізму (моноамінооксидаза, дофамін-бета-гідроксилаза тощо), які контролюють перетворення дофаміну в норадреналін. Таким чином, стимульований черговим прийомом ПАР викид катехоламінів та їх прискорене, надмірне руйнування поєднуються з компенсаторно посиленим синтезом цих нейромедіаторів. Відбувається формування прискореного колообігу катехоламінів. Тепер у разі припинення прийому ПАР, тобто в період абстиненції, посиленого вивільнення катехоламінів із клітинного депо немає, і синтез його прискорений. Унаслідок зміни активності ферментів у біологічних рідинах і тканинах накопичується дофамін. Усе це обумовлює розвиток основних клінічних ознак синдрому, що розвивається через скасування наркотику чи алкоголю. Абстинентний синдром є показником фізичної залежності від ПАР, що сформувалася. Цей стан характеризується необхідністю постійної присутності ПАР щодо

нормального функціонування організму, але тепер уже на якісно іншому рівні.

З метою диференціації понять хімічної залежності варто більш детально розглянути поняття токсикоманії.

Токсикоманії – захворювання, спричинені зловживанням речовинами, не включеними до державного переліку наркотиків, що проявляються психічною (а іноді й фізичною) залежністю від них. Основна відмінність між наркотиками та токсичними речовинами полягає у відсутності відносно останніх юридичного критерію. Однак з огляду медицини підхід до цих хвороб і принципи їх лікування однакові. Якщо зловживання речовиною, не віднесеною до наркотиків, набуває значного поширення, то ця речовина може бути внесена до переліку наркотиків, і захворювання, спричинене її зловживанням, буде називатися наркоманією [5–7].

У праці «Токсикологічна хімія» В. П. Крамаренко розмежовує та окреслює поняття хімічної залежності й токсикоманії.

Токсикоманія характеризується розвитком психічної, а в низці випадків – фізичної залежності, зміною толерантності до вживаної речовини, психічними та соматичними розладами, зміною особистості.

Психічна залежність (пристрасть) виявляється у хворобливому бажанні безперервно чи періодично вживати психоактивну токсикоманічну речовину з метою викликати певні відчуття або усунути психічний дискомфорт; фізична залежність (стан адаптації до речовини) характеризується виникненням після відміни вживання токсикоманічної речовини абстинентного синдрому; толерантність (до токсикоманічних речовин) – необхідність поступового підвищення дози для досягнення бажаного ефекту, який раніше наставав у разі застосування меншої дози. Між токсикоманією та наркоманією медико-біологічних відмінностей немає [8–10].

Токсикоманія може сформуватися на тлі зловживання багатьох препаратів і речовин. Переважно це препарати снодійної та седативної дії – похідні барбітурової кислоти; транквілізатори бензодіазепінового ряду; протипаркінсонічні (тригексифенідил), антигістамінні (дифенгідрамін, прометазин) засоби; психостимулятори (ефедрин, кофеїн); засоби для інгаляційного наркозу (медичний етер, закис азоту). Велику групу становлять речовини, які не є лікарськими препаратами, але їх використовують для інгаляційної токсикоманії. До них належать леткі органічні розчинники (толуол, бензол, ацетон, бензин та ін.), а також різні засоби побутової хімії. Будь-яка токсикоманічна речовина в установленому порядку може бути визнана наркотичною.

Класифікація токсикоманій:

1) опійна;

2) спричинена зловживанням транквілізаторами та снодійними препаратами;

3) спричинена зловживанням психостимуляторами;

4) спричинена зловживанням галюциногенами:

- атропіновмісними засобами;
- антигістамінними препаратами;
- циклодолом;

5) спричинена вдиханням летких органічних розчинників;

6) нікотинomanія;

7) політоксикоманія.

Останнім часом широкого поширення набуло зловживання трамадолом, який є синтетичним опіоїдом, що чинить анальгетичну дію, через що широко застосовується для купірування больового синдрому під час різних захворювань. Препарат у вигляді гідрохлориду трамадолу випускається під різними назвами, в Україні популярними є тралган і трамангін. Багато підлітків для досягнення ейфорії як перший препарат використовували трамадол, його відносна доступність спричинила значне зловживання ним серед підлітків. Ейфорія виникає після вживання 300 мг трамадолу [11, с. 127].

Трамадолова токсикоманія формується повільно, психічна залежність виникає через 3–6 міс. від початку зловживання. Одночасно з психічною залежністю розвивається абстинентний синдром, який виявляється неврозоподібною та депресивною симптоматикою, яка супроводжується болем у м'язах і диспептичними явищами, ступінь вираженості яких вищий, ніж у разі вживання опійних наркотиків, виготовлених кустарним способом. Після припинення вживання трамадолу в деяких хворих протягом тривалого часу (до 2 міс. й більше) спостерігалися біль, почуття печіння у внутрішніх органах, суглобах, м'язах [12].

Вживання трамадолу має високий потенціал розвитку зловживання. Попри те, що препарат, здається, має низький потенціал для зловживання, у науковій літературі висвітлено докази зловживання, залежності й абстиненції. Зловживання ним є фактором високого ризику. Для осіб, які його використовують, розвиток залежності є менш імовірним, на відміну від вживання інших опіоїдів, оскільки зловживання серед них є більш імовірним. Трамадол може бути найбільш доцільним для лікування гострих хворобливих станів, але його можна застосовувати лише під постійним і пильним наглядом лікаря задля запобігання розвитку девіацій.

Зловживання транквілізаторами – одна з найпоширеніших форм токсикоманій, оскільки ці препарати широко призначають лікарі всіх спеціальностей, а нерідко їх використовують і за відсутності лікарського призначення. Найбільш

токсикогенними є бензодіазепінові транквілізатори – найпоширеніша у світі група препаратів. Найчастіше зловживають діазепамом (седуксен, реланіум, сибазон), лоразепамом (активан), нітразепамом (радедорм, еуноктин), феназепамом, альпразоламом (ксанакс), клоназепамом, рідше – хлордіазепоксидом (еленіум). Тривале використання бензодіазепінів спричиняє розвиток толерантності й абстинентного синдрому. Інтоксикації, викликані бензодіазепінами в разі перорального їх вживання, настають за 15–20 хв. [13]. З'являються такі ознаки, як запаморочення, відчуття спокою, поліпшується настрій, усі проблеми відходять на задній план. Розвивається легка оглушеність – особи перепитують запитання, відповідають із затримкою, важко концентрують увагу, їхня мова стає «змазаною», хода хиткою. Вживання препаратів у дуже високих дозах викликає сон, а в деяких випадках – сопор. Тривале зловживання транквілізаторами спричиняє формування органічного дефекту особистості з інтелектуально-мнестичним зниженням, млявістю, черствістю, брутальністю, егоїстичністю, жорстокістю стосовно близьких. Також грубо порушуються етичні норми поведінки, різко знижується працездатність, обличчя хворого набуває маскоподібного вигляду, міміка збіднюється, мова й рухи сповільнюються.

Варті уваги токсикоманії, спричинені зловживанням кофеїном, який міститься в харчових продуктах і в таких напоях, як: кава, чай, какао, шоколад, кола. У чашці кави із зерен міститься 90–140 мг кофеїну, у чашці розчинної кави – близько 70 мг, у чаї – 30–80 мг. Кофеїнова інтоксикація виражається гіпоманіакальним станом: настрій стає ейфоричним, підвищується активність, пацієнти відчувають приплив сил, енергії, навколишнє сприймається яскравіше, думки течуть швидко, відчувається поліпшення інтелектуально-мнестичних здібностей, водночас посилюється перистальтика шлунка, збільшується серцебиття, підвищується артеріальний тиск. У разі передозування кофеїну (вживання від 240 до 720 мг препарату) розвивається збудження, тривога, панічна атака, безсоння [12]. Доза кофеїну 20 г вважається летальною. У постінтоксикаційний період хворі астеничні. Настрій у них нестійкий. У разі тривалого зловживання кофеїном розвивається абстинентний синдром, який зазвичай виникає через кілька годин після останнього споживання напоїв, що містять кофеїн. З'являється сильний головний біль, що не купірується анальгетиками, м'язове напруження, дратівливість, тривога, погіршується настрій, хворі відчувають утому, сонливість, що супроводжується тремором. Зловживання надмірно міцним чаєм (чефіром) призводить до психопатизації з нестійкістю настрою, емоційною нестриманістю, соціальною дезадаптацією.

Холінолітичні препарати, які використовують токсикомани, представлені трьома групами:

- атропінумісні препарати (дурман, беладонна, астматол);
- антигістамінні засоби (димедрол, піпольфен);
- антипаркінсонічні препарати (циклодол).

Вживання їх спричиняє виникнення галюцинацій та інших психічних і поведінкових розладів. Зловживання ними поширене переважно серед підлітків.

Досить рідко спостерігаємо зловживання атропінумісними препаратами. Іноді використовують насіння отрутної дикорослої рослини – дурману, яке містить низку алкалоїдів, зокрема атропін [13–14]. Уживання 15–25 насінин дурману спричинює деліріозний стан з метаморфопсіями, порушення схеми тіла, рухове збудження, пустотливість. Соматоневрологічною симптоматикою психозу є гіпертермія, гіперемія обличчя з крапковими крововиливами на чолі, ціаноз губ, тахікардія, мідріаз, сухість слизових оболонок. Гострий період триває до 1 доби.

У постінтоксикаційний період спостерігаємо загальну слабкість, розбитість, головний біль, хитку ходу, дисфункцію травного тракту. Надалі протягом декількох діб у вечірні години з'являються невмотивований страх, тривога, метушливість, сон стає поверхневим.

Атропін і скополамін у низьких дозах застосовують у медицині, вживання їх у високих дозах спричиняє галюциногенний ефект. Після їх застосування виникає сухість у роті, тахікардія, порушується чіткість зору, контроль над моторикою. До летального кінця призводить пригнічення дихання, причому виникає це від доз, що ненабагато перевищують мінімальну ефективну. У стані наркотичного сп'яніння особа не шукає контакту з оточуючими, вона занурена у свої переживання, вимовляє нескладні уривчасті фрази, вона може описати свої переживання, але після виходу з цього стану нічого про нього не пам'ятає [15–17].

Зловживання антигістамінними препаратами спостерігаємо досить рідко. Підлітки зазвичай вживають їх разом із алкоголем для досягнення «оглушення», опійні наркомани додають димедрол до основного наркотику для більш тривалої його дії. Вживання димедролу у високих дозах спричиняє розвиток делірію, подібного до циклодолового. Зорові галюцинації, так само, як і в разі циклодолового делірію, відрізняються калейдоскопічністю та зазвичай реально відображають ситуацію, що передує інтоксикації. У постделіріозний період переважають явища астенії. У разі астматолового делірію хворі дезорієнтовані в просторі та часі, зі страхом озираються навколо, до чогось прислухаються, щось шукають у меблях, на підлозі. Вони майже не доступні контакту, вимовляють уривчасті фрази, що свідчать про

галюцинаторні переживання. Їхні обличчя гіперемійовані, зіниці розширені, пульс прискорений. У постделіріозний період з'являється адинамія, слабкість, млявість, байдужість, підвищена розумова стомлюваність, неможливість концентрувати увагу.

Зловживання протипаркінсонічними препаратами, зокрема циклодолом, не має ізольований характер, водночас формується токсикоманія з вираженою психічною, фізичною залежністю, зміною толерантності до вживаної речовини. Циклодолова токсикоманія спостерігається переважно в підлітків і людей молодого віку. Гостра інтоксикація циклодолом відбувається від вживання кількох десятків таблеток і містить 4 фази: ейфоричну, звуженої свідомості, галюцинаторну та фазу виходу [18–19].

У разі передозування циклододолу розвивається циклодоловий делірій: спочатку з'являються фрагментарні зорові галюцинації, до яких надалі приєднуються маревні ідеї та сценподібні галюцинації. Основними симптомами циклодолового делірію є порушення орієнтації в просторі, застрашліві зорові та слухові галюцинації з гостро виникаючим маренням переслідування, відношення [20]. У перебігу циклодолового делірію спостерігаються світлі проміжки від декількох хвилин до декількох годин, коли свідомість прояснюється, галюцинації припиняються, але спогади про них зберігаються, хворі охоче діляться ними з оточуючими та дають хворобливим переживанням критичну оцінку. Уже на перших етапах наркотизації у хворих, які вживають високі дози циклододолу (до 25-30 таблеток), порушується пам'ять, увага, знижується кмітливість, сповільнюється мислення, розвиваються характерні неврологічні симптоми: на тлі блідості обличчя губи стають червоними, щоки рожевими – частіше це забарвлення у формі метелика. З'являється тремор пальців, мимовільні посмикування окремих груп м'язів, підвищення м'язового тону, хода стає своєрідною – випрямлена спина, відставлені ноги та руки, ходьба на випрямлених ногах.

Токсикоманії, спричинені інгалентами, а саме засобами побутової та промислової хімії. У 60-х роках минулого сторіччя з'явилися повідомлення про використання підлітками різних летких речовин, під час вдихання яких виникали стани своєрідного сп'яніння. Спочатку це було помічено в США та країнах Західної Європи, але незабаром це захоплення поширилося й у нашій країні [21]. Клінічна картина гострої інтоксикації під час вживання різних речовин, крім загальних ознак, має й низку відмінностей. Ефект настає за кілька секунд після початку вдихання. Сп'яніння парами бензину починається з відчуття лоскотання в носі, горлі, кашлю, почервоніння обличчя, склер,

з'являється мідріаз, тахікардія, ністагм, мова стає дизартричною, рухи некоординованими.

Якщо вдихання органічних розчинників триває, то після оглушення розвивається рухове занепокоєння, а іноді й збудження. З'являється ейфорія, психосенсорні розлади у вигляді макропсії і мікропсії, дисморфопсії: предмети здаються зміненими в розмірі, спотвореними, змінюється тембр зовнішніх звуків, почуті слова та звуки багаторазово повторюються. Згодом (у разі продовження інгаляції) з'являється дезорієнтація, хворі перестають сприймати реальність. У разі заплучених очей з'являються яскраві, образні, сценподібні галюцинації, що за визначеним сюжетом змінюють одна одну, чи картини не пов'язані між собою. Відбувається переплетення реального з фантастичним: переважають картини казкового, пригодницького чи еротичного змісту, що копіюють іноді сюжети раніше бачених фільмів, які наче проєктуються на екран.

У разі сп'яніння від парів плямовивідників після ейфорії відбувається візуалізація уявлень, усі видіння довільно викликаються та відображають те, про що хворий чув, бачив, читав чи фантазував. Настрій залежить від змісту галюцинацій, як і в разі вдихання парів бензину, з'являються навіть ті видіння, що викликають страх. З'являється і яскраві, сноподібні видіння казково-фантастичного змісту, нерідко виникає подвійне орієнтування, коли особи бачать себе учасниками галюцинаторних картин, висловлюють поодинокі маревні ідеї. Зазвичай підлітки намагаються усамітнитися в місцях, де їм ніхто не буде заважати годинами захоплюватися своїми видіннями [22]. Якщо заважати чи перешкоджати продовженню інгаляцій, то це спричинить злість й агресію у хворих. Під час онейроїдного стану хворий приголомшений, заціпенілий, його голова опущена, очі напівзакриті, на обличчі застигла посмішка, він не реагує на звертання до нього. У разі важкого отруєння ацетоном онейроїд переходить у сопорозний стан і кому. Як правило, залежні пам'ятають про онейроїдні переживання та протягом декількох днів часто повертаються до цих спогадів.

Вдихання інгалянтів частіше здійснюють хлопчики у віці 9–15 років. Початок зловживання зазвичай відбувається в групах від кількох до 2–3 десятків людей. Вони формуються або в школі, або за місцем проживання підлітків.

Етап епізодичного вживання триває 1–5 місяців, іноді – до 1 року. Поступово формується психічна залежність, однією з основних діагностичних ознак якої є перехід від групового вживання інгалянтів до індивідуального. Окрім цієї ознаки, про залежність, що сформувалася, свідчить підвищення дози вживаної речовини, тобто зростає толерантність. Подовжується час інгаляції (іноді багато годин поспіль), інгаляції повторюються щодня, по кілька разів на день. Підлітки-

токсикомани не відчувають зняковілості, коли хтось викриває їх у зловживанні, навпаки, виявляють агресію. Вони вже не прагнуть приховати вдихання інгалянтів від батьків [23–25].

Можливість розвитку фізичної залежності у разі зловживання інгалянтами визнається не всіма. Деякі дослідники вважають ознаками фізичної залежності вегетативні порушення, а також депресії з дисфоріями в постінтоксикаційний період. Однак більшість розцінюють ці порушення як прояви енцефалопатії. Під час майже щоденного вдихання інгалянтів протягом тижнів/місяців розвивається токсична енцефалопатія та стійкий психоорганічний синдром. Найбільш виражені вияви токсичної енцефалопатії та психоорганічного синдрому прослідковуємо в разі інтоксикацій бензином. У цих самих хворих спостерігаємо ураження печінки, нирок, недокрів'я з лейкопенією, через зловживання плямовивідниками – часті хронічні бронхіти.

Найпоширенішою формою залежності є нікотинізм (тютюнова залежність). Зловживання палінням тютюну може трансформуватися в токсикоманію. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, розлади, пов'язані з вживанням тютюну (F17), відносять до поведінкових і психічних наслідків вживання психоактивних речовин (F1) [26].

У країнах Заходу курцями є половина чоловіків і більш ніж третина жінок, половина з них викурює понад 11 сигарет на день. Переважно курці знають про шкodu паління, але продовжують палити. Ця звичка міцно ввійшла в життя і побут багатьох людей, стала необхідною життєвою потребою [27]. Однією з основних причин початку паління є цікавість, бажання відчути щось нове. Саме це найбільше цікавить підлітків.

Нікотин та інші складові тютюнового диму легко всмоктуються в кров і розносяться нею по всьому організмові. За 2–3 хв. після вдихання тютюнового диму нікотин впливає на головний мозок, що полягає в короткочасному підвищенні його активності. Це суб'єктивно сприймається курцем як сплеск енергії, своєрідне відчуття піднесення та заспокоєння. Його дія нетривала, тому незабаром знижується активність і погіршується настрій, з'являється прагнення викурити наступну сигарету [28–29].

У разі важкого ступеня нікотинової інтоксикації виникають порушення, що можуть спричинити летальний кінець. Нікотин має високий ступінь наркогенності, що впливає хоча б з такого факту – 85 % людей, що викурювали першу сигарету, надалі стають курцями. Не в усіх курців виробляється залежність. Поряд з так званим запеклим палінням, зазначають помірне паління та паління для усунення психічного напруження. Однак у двох останніх випадках тютюновий дим спричиняє такі самі, але менш виражені патологічні симптоми, як і в запеклих курців.

Варто розглянути детермінанти виникнення хімічної залежності. До біологічних передумов розвитку хвороб патологічної залежності належать:

– здатність організму людини до вироблення власних, ендогенних, психоактивних речовин, що беруть участь у формуванні настрою, особливих емоційних переживань, знеболюванні тощо;

– наявність специфічних, на рівні клітин, рецепторів, що вступають у взаємодію з психоактивними речовинами;

– особливості продукції ферментів, що регулюють процеси метаболізму (розпаду) психоактивних речовин в організмі (наприклад, під час розпаду алкоголю – алкогольдегідрогенази, альдегіддегідрогенази, каталази тощо).

Стійкість до алкоголю, що визначає різний ступінь ризику розвитку хвороб патологічної залежності, генетично детермінована та пов'язана з ферментативною активністю, яка неоднакова в представників різних рас. Типова алкогольдегідрогеназа (фермент, що перетворює алкоголь на ацетальдегід) властива європейцям і має високу активність. Нетипова алкогольдегідрогеназа властива представникам монголоїдної раси, метаболізує алкоголь удесятеро швидше, ніж зумовлює більш швидке утворення токсичного ацетальдегіду, розвиток стану сп'яніння, і, зрештою, спричиняє швидший розвиток і злоякісний перебіг алкоголізму.

Загальновідомим є факт, що багато хто пробує психоактивні речовини, зокрема алкоголь, але вживають його надалі тільки ті, у кого є біологічний радикал схильності. У дітей і кровних родичів-алкоголіків, наркоманів імовірність наркологічних захворювань у чотири-шість разів більша, ніж у дітей і родичів здорових.

Спадкові механізми формування хвороб патологічної залежності підтверджено спостереженнями за однояйцевими близнюками. За наявності в одного з них хвороби патологічної залежності ймовірність її формування в іншого різко зростає, незалежно від умов його виховання та соціального впливу. Підґрунтям розвитку хвороб патологічної залежності є здатність психоактивних речовин, подібних або тотожних ендогенним,

специфічно впливати на центральну нервову систему та викликати зміну психічного стану.

Отже, етіологію хімічних залежностей достеменно не визначено. Найпоширенішою причиною вживання різних психоактивних речовин можна вважати їх здатність змінювати психічний стан людини з виникненням суб'єктивно приємних станів, відчуттів й емоцій (ейфорії), а також прагнення людини ввійти у стан ейфорії, не докладаючи для цього значних зусиль. Виникнення позитивного умовного рефлексу спричиняє бажання повторного вживання наркотику з подальшим формуванням залежності. Таким чином, основним етіологічним фактором наркоманій і токсикоманій є психоактивна речовина, фармакологічні особливості впливу якої на людину визначають можливість розвитку фізичної та психічної залежності.

Наукова новизна

Наукова новизна статті полягає в систематизації та узагальненні результатів досліджень щодо вивчення особливостей розвитку токсикоманії як форми девіантної поведінки через зловживання хімічними речовинами, які не внесено до переліку наркотиків.

Висновок

Встановлено, що в разі зловживання хімічними речовинами порушуються функції опіюйдних пептидів – енкефалінів, ендорфінів й інших представників цієї групи, що беруть активну участь у регуляції гомеостатичних функцій організму, та біогенних змін у мозку – дофаміну, норадреналіну, серотоніну, що опосередковують фармакологічні та поведінкові реакції. Індивідуальні спадково-генетичні особливості цих біохімічних процесів можуть зумовлювати схильність до виникнення залежності. Токсикоманію слід розглядати як хворобу, характерними особливостями якої є психічна та, в окремих випадках, фізична залежність, сформована внаслідок зловживання хімічної речовини, не віднесеної до переліку наркотиків. Описана характеристика токсикоманії вказує на адикцію, яка є видом девіантної поведінки.

REFERENCES

- [1] Korolenko, Ts., (2000). *Adyktivna povedinka. Zahalna kharakterystyka ta zakonirnosti rozvytku* [Addictive behavior. General characteristics and patterns of development]. *Psykhia triia ta medychna psykhologia, Psychiatry and medical psychology*, 1(2), 8-15 [in Ukrainian].
- [2] Ustinova, L., (2018). Aktualni pytannia profilaktyky ta vyjavlennia pyiatstva, narkotychnoi zalezhnosti ta toksykomanii [Actual issues of prevention and detection of drunkenness, drug addiction and drug addiction]. *Medytsyna nevidkladnykh staniv, Emergency medicine*, 7(94), 59-64 [in Ukrainian].
- [3] Havenko, V.L., Bitenskyi, V.S., & Abramov, V.A. (2015). *Psykhia triia i narkologia [Psychiatry and narcology]* (2nd ed., rev.). V.L. Havenko, V.S. Bitenskyi (Eds.). Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
- [4] Satel, S.L. (2001). 4 is drug addiction a brain disease? *Drug Addiction and Drug Policy*, 118-143. DOI: <https://doi.org/10.4159/9780674038622-005>.

- [5] Serdiuk, O.O., & Chuhunov, V.V. (Ed.). (2022). *Psykhiiatriia ta narkolohiia. Instrumenty vymiriuvannia zalezhnosti [Psychiatry and narcology. Dependency measurement tools]*. Kharkiv-Zaporizhzhia. DOI: <https://doi.org/10.32631/msu2022> [in Ukrainian].
- [6] *Drugs and addictive behavior*, 4(2). DOI: <https://doi.org/10.21501/issn.2463-1779>.
- [7] Podolian, V.M. (2021). Adolescent drug addiction in Ukraine: medical, social and psychological aspects. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*, 55(2), 7-16. DOI: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-55-2-7-16>.
- [8] Restrepo Escobar, S.M. (2016). Consumo De Alcohol En Universitarios Y Su Relación Con Los Factores De Riesgo 2011. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(1). DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.1762>.
- [9] Fung, H. (2017.). *Motivating drug addicts for treatment*. DOI: https://doi.org/10.5353/th_b3124667.
- [10] Kyrkoulis, G., & Stamatopoulou, D. (2003). A study on the relationship between self-concept and physical self-concept of drug addicts and former drug addicts. *PsycEXTRA Dataset*. DOI: <https://doi.org/10.1037/e547922012-203>.
- [11] Bennett, M.I. (2010). Opioids. *Neuropathic Pain*, 125-136. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780199563678.003.001>.
- [12] Knaggs, R. (2019). Opioids, opioids and more opioids. *British Journal of Pain*, 13(3), 135-136. DOI: <https://doi.org/10.1177/2049463719854779>.
- [13] Atropine. (2021). *Reactions Weekly* 1859. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40278-021-97161-9>.
- [14] Kurdil, N. (2021). Produkty pryrodnoho opiiu v suchasniyi strukturii narkotychnykh otruien (ohliad literatury ta rezultaty skryninhu na narkotyky u 1990-2020 rr.) [Natural opium products in the modern structure of drug poisoning (literature review and drug screening results in 1990-2020)]. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*, 54(1), 64-72. DOI: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-54-1-64-72> [in Ukrainian].
- [15] Monnery, D. (2019). *THINK Delirium: A Step-wise Approach to Recognising and Managing Delirium in Palliative Care*. DOI: <https://doi.org/10.26226/morressier.5c76c8bce2ea5a72376126d1>.
- [16] Page, M., & Ely, M. Delirium, a patient testimony. *Delirium in Critical Care*, xiv-xviii. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139924184>.
- [17] Bevzuyk, D.A., & Levicheva, N.A. (2018). The Mechanisms of Developing the Withdrawal Syndrome by Non-Chemical Dependence and its Correction in the Experiment. *Ukrains'kij Zhurnal Medicini, Biologii Ta Sportu*, 3(4), 179-183. DOI: <https://doi.org/10.26693/jmbs03.04.179>.
- [18] Wong, W.A. (2020). *Adolescent drug addicts and their search for identity*. China - Hong Kong: Open Dissertation Press. DOI: [10.5353/th_b3124644](https://doi.org/10.5353/th_b3124644).
- [19] Yusko, V.A. (2020). Komparatyvnyi analiz proiaviv deviantnoi povedinky sered ukrainskykh pidlitkiv (tiutunopalinnia, alkoholizm, narkomanii) [Comparative analysis of manifestations of deviant behavior among Ukrainian teenagers (tobacco smoking, alcoholism, drug addiction)]. Kyiv. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/35919> [in Ukrainian].
- [20] Siegel, R.K. (1978). Hallucinogens and attentional dysfunction: a model for drug effects and reality testing. *The Psychopharmacology of Hallucinogens*, 268-296. DOI: <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-021938-7.50021-7>.
- [21] Avlasovych, V.V., & Trunova, I.O. (2016). Narkomaniiia yak sotsialna nebezpeka dlia molodi [Drug addiction as a social danger for young people]. *Suchasni tekhnologii u promyslovomu vyrobnytstvi, Modern technologies in industrial production: 7th All-Ukrainian Scientific and Technology Conference* (vol. 2), (pp. 28). Sumy: SumDU. Retrieved from <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45319> [in Ukrainian].
- [22] Rastegar, D.A. (2020). Hallucinogens and Dissociatives. *ASAM Handbook of Addiction Medicine*, 219-238. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780197506172.003.0009>.
- [23] Addiction lives: Wayne hall. (2017). *Addiction*, 113(3), 564-567. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13965>.
- [24] Evropejskij shkolyj issledovatelskij proekt po alkogolyu i narkotikam. *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*. Retrieved from <http://www.espad.org/>.
- [25] Fattore, L. (2012). Considering gender in cannabinoid research: A step towards personalized treatment of marijuana addicts. *Drug Testing and Analysis*, 5(1), 57-61. DOI: <https://doi.org/10.1002/dta.1401>.
- [26] Ponomarenko, V., Nahorna, A., & Panasenko, H. (Trans). (2001). *Mizhnarodna statystychna klasyfikatsiia khvorob ta sporidnykh problem okhorony zdorovia. Desiatyi perehliad [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Care Problems. Tenth revision]*. Kyiv: Zdorovia [in Ukrainian].
- [27] Sylenko, E.V. (2016). Tiutunova zalezhnist [Tobacco addiction]. [Theses, Sums'kyi derzhavnyi universytet]. *Suchasni tekhnologii u promyslovomu vyrobnytstvi, Modern technologies in industrial production: 7th All-Ukrainian Scientific and Technology Conference* (vol. 2), (pp. 66). Sumy: SumDU. Retrieved from <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45437> [in Ukrainian].
- [28] Nutt, D.J., & Nestor, L.J. (2018). Nicotine addiction. *Oxford Medicine Online*. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780198797746.003.0011>.
- [29] Shynkarenko, I., Mina, R., & Lukomska, A. (2022). Adyktivna (zalezhna) povedinka yak forma deviantnoi povedinky [Addictive (dependent) behavior as a form of deviant behavior]. *Naukovyi Visnyk Dnipropetrovskoho derzhavnoho universytetu vnutrishnikh sprav*, 6(6), 560-566. DOI: <https://doi.org/10.31733/2078-3566-2021-6-560-566> [in Ukrainian].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- [1] Короленко Ц. Адиктивна поведінка. Загальна характеристика та закономірності розвитку. *Психіатрія та медична психологія*. 2000. № 1 (2). С. 8–15.
- [2] Устінова Л. Актуальні питання профілактики та виявлення пияцтва, наркотичної залежності та токсикоманії. *Медицина невідкладних станів*. 2018. № 7 (94). С. 59–64.

- [3] Психіатрія і наркологія : підручник / [В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, В. А. Абрамов та ін.]. 2-ге вид., переробл. і доповн. ; за ред. В. Л. Гавенка, В. С. Бітенського. Київ : Медицина. 2015. 512 с.
- [4] Satel S. L. 4 is drug addiction a brain disease? *Drug Addiction and Drug Policy*. 2001. P. 118–143. DOI: <https://doi.org/10.4159/9780674038622-005>.
- [5] Психіатрія та наркологія. Інструменти вимірювання залежностей : навч. посіб. / кол. авт.; за ред. О. О. Сердюка, В. В. Чугунова. Харків–Запоріжжя, 2022. 272 с. DOI: <https://doi.org/10.32631/msu2022>.
- [6] Drugs and addictive behavior : journal. 2019. Vol. 4. No. 2. DOI: <https://doi.org/10.21501/issn.2463-1779>
- [7] Podolian V. M. Adolescent drug addiction in Ukraine: medical, social and psychological aspects. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*. 2021. No. 55 (2). P. 7–16. DOI: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-55-2-7-16>.
- [8] Restrepo Escobar S. M. Consumo De Alcohol En Universitarios Y Su Relación Con Los Factores De Riesgo 2011. *Drugs and Addictive Behavior*. 2016. No. 1 (1). DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.1762>.
- [9] Fung H. Motivating drug addicts for treatment. 2017. DOI: https://doi.org/10.5353/th_b3124667.
- [10] Kyrkoulis G., Stamatopoulou D. A study on the relationship between self-concept and physical self-concept of drug addicts and former drug addicts. *PsycEXTRA Dataset*. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1037/e547922012-203>.
- [11] Bennett M. I. Opioids. *Neuropathic Pain*. 2010. P. 125–136. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780199563678.003.001>.
- [12] Knaggs R. Opioids, opioids and more opioids. *British Journal of Pain*. 2019. No. 13 (3). P. 135–136. DOI: <https://doi.org/10.1177/2049463719854779>.
- [13] Atropine. *Reactions Weekly 1859*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40278-021-97161-9>.
- [14] Курділь Н. Продукти природного опію в сучасній структурі наркотичних отруень (огляд літератури та результати скринінгу на наркотики у 1990–2020 рр.). *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*. 2021. № 54 (1). С. 64–72. DOI: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-54-1-64-72>.
- [15] Monnery D. THINK Delirium: A Step-wise Approach to Recognising and Managing Delirium in Palliative Care. May 2019. DOI: <https://doi.org/10.26226/morressier.5c76c8bce2ea5a72376126d1>.
- [16] Page M., Ely M. Delirium, a patient testimony. *Delirium in Critical Care*. 2015. P. xiv–xviii. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9781139924184>.
- [17] Bevzuyk D. A., Levicheva N. A. The Mechanisms of Developing the Withdrawal Syndrome by Non-Chemical Dependence and its Correction in the Experiment. *Ukrains'kij Zhurnal Medicini, Biologii Ta Sportu*. 2018. No. 3 (4). P. 179–183. DOI: <https://doi.org/10.26693/jmbs03.04.179>.
- [18] Wong W. A. Adolescent drug addicts and their search for identity : dissertation. China – Hong Kong : Open Dissertation Press, 2020. DOI: [10.5353/th_b3124644](https://doi.org/10.5353/th_b3124644).
- [19] Юсько В. А. Компаративний аналіз проявів девіантної поведінки серед українських підлітків (тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія).. Київ, 2020. 98 с. URL: <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/35919>.
- [20] Siegel R. K. Hallucinogens and attentional dysfunction: a model for drug effects and reality testing. *The Psychopharmacology of Hallucinogens*. 1978. P. 268–296. DOI: <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-021938-7.50021-7>.
- [21] Авласович В. В., Трунова І. О. Наркоманія як соціальна небезпека для молоді. *Сучасні технології у промисловому виробництві* : матеріали IV Всеукр. міжвуз. наук.-тех. конф. (Суми, 19–22 квіт. 2016 р.) : у 2 ч. Суми : СумДУ, 2016. Ч. 2. С. 28. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45319>.
- [22] Rastegar D. A. Hallucinogens and Dissociatives. *ASAM Handbook of Addiction Medicine*. 2020. P. 219–238. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780197506172.003.0009>.
- [23] Addiction lives: Wayne hall. *Addiction*. 2017. No. 113 (3). P. 564–567. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13965>.
- [24] Evropejskij shkolnyj issledovatel'skij proekt po alkogolyu i narkotikam. *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*, URL: <http://www.espad.org/>.
- [25] Fattore L. Considering gender in cannabinoid research: A step towards personalized treatment of marijuana addicts. *Drug Testing and Analysis*. 2012. No. 5 (1). P. 57–61. DOI: <https://doi.org/10.1002/dta.1401>.
- [26] Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд / пер. В. Пономаренко, А. Нагорна, Г. Панасенко. Київ : Здоров'я, 2001. Т. 3. 817 с.
- [27] Силенко Е. В. Тютюнова залежність. *Сучасні технології у промисловому виробництві* : матеріали IV Всеукр. міжвуз. наук.-тех. конф. (Суми, 19–22 квіт. 2016 р.) : у 2 ч. Суми : СумДУ, 2016. Ч. 2. С. 66. URL: <http://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/45437>.
- [28] Nutt D. J., Nestor L. J. Nicotine addiction. *Oxford Medicine Online*, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780198797746.003.0011>.
- [29] Шинкаренко І., Міна Р., Лукомська А. Адиктивна (залежна) поведінка як форма девіантної поведінки. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2022. № 6 (6). С. 560–566. DOI: <https://doi.org/10.31733/2078-3566-2021-6-560-566>.

Стаття надійшла до редколегії 15.09.2022

Lashyn O. – Ph.D in Medical Science, Deputy Head of the National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», Kyiv, Ukraine
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7883-584X>;

Halych Ya. – Psychiatrist, Psychotherapist, Head of the Department of Borderline States of the Psychiatric Clinic (with Wards for Drug Addiction Patients) of the National Military Medical Clinical Center «Main Military Clinical Hospital», Kyiv, Ukraine
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5122-546X>

Toxicomania as a Type Deviant Behavior

*The **purpose** of the article is to study the prerequisites for the formation and course of toxicomania as a type of deviant behavior. **Methodology.** The methodological basis of the article is the scientific concepts of studying deviant and addictive behavior, namely chemical addictions. The methodological toolkit was chosen in accordance with the outlined goal, specifics of the object and subject of research. The classification of drug addictions caused by the abuse of opioids, tranquilizers, hypnotics, psychostimulants, hallucinogens, and their impact on the physical and mental state of the individual is considered. The dynamics of the formation of dependence according to the frequency of use of the chemical substance and the consequences of the psychophysiological state are characterized. The role of hereditary mechanisms in the formation of pathological addiction diseases and social prerequisites for the formation of addiction to narcotic substances is revealed. The main determinants of the formation of mental addiction are outlined, among which the unconscious desire and the need to avoid reality are highlighted as dominant. The consequences of the abuse of chemical substances are considered and the consequences of their influence on the cognitive sphere of the individual are described, somatic manifestations are characterized. Different models of the etiology of addictions were analyzed. Behavioral and psychoemotional manifestations in persons with addiction to psychoactive substances and the main post-intoxication manifestations are determined. Depending on this, forecasts for further exacerbation of the condition are determined. The role of the biological radical of predisposition in the formation of diseases of pathological dependence is revealed. The **scientific novelty** of the article lies in the generalization and systematization of the results of research on the peculiarities of the development of drug addiction as a form of deviant behavior due to the abuse of chemical substances. **Conclusions.** Determinants of the development of drug addiction, the role of individual hereditary and genetic features of the biochemical processes of the human body, which can determine the tendency to addiction, have been determined.*

Keywords: deviant behavior; addictive behavior; drug addiction; abuse; psychological dependence; drug addiction.